

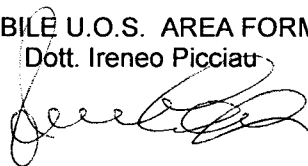
Allegato "A" ¹⁰⁹⁹
20 OTT. 2015

Progetto Formativo Residenziale

**"Il comportamento organizzativo e
comunicativo in Anestesia e
Rianimazione".**

Il presente allegato è composto da n° 10 fogli
di n°10 pagine

IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE
Dott. Ireneo Picciatù



n° prot. 133/15

Al Commisario Straordinario
ASL Cagliari
Via Piero della Francesca
Selargius

Cagliari 20/07/15

ASL8
NP/2015/ 0023691 del 21/07/2015 ore 12,50

Motivo: OSPEDALE SS.TRINITA'
Assegnatario: DIREZIONE GENERALE

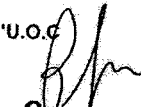


Oggetto: Autorizzazione Corso di formazione


Il sottoscritto Dr. Giannantonio Pirastu, responsabile dell'U.O.C. di Anestesia e Rianimazione, chiede alla SV che venga autorizzato il corso di formazione dal titolo " **Il comportamento organizzativo e comunicativo in Anestesia e Rianimazione**", per un costo di 4.500 euro, da tenersi in cinque edizioni dal 30 Novembre al 04 Dicembre, rivolto a tutto il personale dell'Unità Operativa. Il corso non è inserito nel piano formativo per il 2015; per la realizzazione del quale verrebbe utilizzato il budget della formazione specifica, come da prospetto allegato, garantendo la formazione a tutto il personale dell'Unità Operativa.

Distinti Saluti

Il Responsabile dell'U.O.C.



ASL Cagliari
P.O. SS. Trinità - Cagliari
U.O.C. DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE
Dr. Antonio Gavino Scarpa
Matr. 48702

Al Resp. U.O. Formazione 

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Pier Paolo Pani

DIREZIONE GENERALE
SEGRETARIA
22 LUG. 2015

Al Dir. Amm. UO
Al Dir. Sanitario
AREA FORMAZIONE

Direzione Generale
Segreteria

ASL8 - U.O. N. 8 - GABINIA
DIREZIONE SANITARIA
22 LUG. 2015
ARRIVATA

ASL8
NP. 2015/30067 del 07/10/2015 ore 15.29
Mitt.: OSPEDALE SS. TRINITA'
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 242 del 2015



Al Responsabile Area Formazione

Oggetto: Attivazione Progetto Formativo Aziendale ""


Al fine di poter procedere all'attivazione del Progetto Formativo Aziendale "", si trasmette in allegato la seguente documentazione:

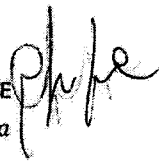
- Modulo "Richiesta di attivazione di un progetto formativo residenziale"
- Modulo "Indicazione di scelta del/dei docente/i" e assenza di conflitto di interesse
- Moduli assenza di conflitto di interesse da parte dei docenti
- Preventivi dei costi relativi ai compensi e rimborsi spese dei docenti esterni
- Programma del corso per accreditamento ECM
- Strumento di valutazione per accreditamento ECM

Cordiali Saluti

Il Direttore

Dr.

 ASL Cagliari
P.O. SS. TRINITA'
U.O.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE
RESPONSABILE F.F.
Dot. Gavino Antonio Scarpa



ASL Cagliari
Sede Amm.va: Via Pier della Francesca 1, 09047
Selargius
c.f. e p.iva 02261430926
www.aslcagliari.it

Dipartimento Emergenza Urgenza
Via Is Mirrionis 92, 09121 Cagliari
Tel 070/6095925 Fax 070281925
Direzione: tel-fax 0706095924
e-mail: giorgiopia@asl8cagliari.it
Direttore: Dr. Giorgio Pia

Richiesta Attivazione Progetto Formativo ResidenzialeTitolo del Progetto: " IL COMPORTAMENTO ORGANIZZATIVO E COMUNICATIVO IN ANESTESIA E
RIANIMAZIONE "Si richiede l'accreditamento ECM del progetto formativo residenziale? SI
Scegliere una Tipologia dall'elenco sottostanteCorso di aggiornamentoL'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia? NOÈ previsto l'uso della sola lingua italiana? SIÈ prevista una quota di partecipazione? NOSe "SI" indicare l'importo € 000,00Il progetto formativo è organizzato in collaborazione con altro fornitore? NOSe "SI" indicare la denominazione Fare clic qui per innestare testo.**Numero di edizioni previste**

	Data Inizio	Data fine		Data Inizio	Data fine
1 ^a Edizione	30/11/2015	30/11/2015	6 ^a Edizione	/ /	/ /
2 ^a Edizione	01/12/2015	01/12/2015	7 ^a Edizione	/ /	/ /
3 ^a Edizione	02/12/2015	02/12/2015	8 ^a Edizione	/ /	/ /
4 ^a Edizione	03/12/2015	03/12/2015	9 ^a Edizione	/ /	/ /
5 ^a Edizione	04/12/2015	04/12/2015	10 ^a Edizione	/ /	/ /

N.B. Per i progetti formativi con più edizioni le date devono essere comunicate almeno 45 giorni prima della data d'inizio dell'evento. Qualora fossero previste più di 10 edizioni allegare un elenco con le date programmate.

Sede di svolgimentoSi dispone di una sede di svolgimento per le attività previste dal progetto formativo? SI*N.B. Se NO, dovrà essere individuata con il referente dell'Area Formazione nella fase di accreditamento.*

Se si, indicare l'indirizzo:

Sede Via CaravaggioIndirizzo (Comune/via/n°civico/cap) Cagliari

Partecipanti

Numero di partecipanti per edizione 14 Totale Partecipanti 70

Riservato agli operatori del Servizio proponente - Aperto a n. 0 operatori di altri Servizi ASL

Aperto a n. 0 operatori di altre ASL - Aperto a n. 0 operatori di altri Enti Pubblici/Provati/Volontariato

Professioni dei partecipanti

Indicare le professioni dei partecipanti tra quelle di seguito elencate:

Aventi diritto ai crediti E.C.M.

- Medico Chirurgo
- Farmacista
- Biologo
- Chimico
- Fisico
- Veterinario
- Odontoiatra
- Psicologo
- Assistente Sanitario
- Dietista
- Fisioterapista
- Educatore Professionale
- Igienista Dentale
- Infermiere
- Infermiere pediatrico
- Logopedista
- Ortottista/Assistente di oftalmologia
- Ostetrica/o
- Podologo
- Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
- Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico
- Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
- Tecnico Audiometrista
- Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare
- Tecnico Audioprotesista
- Tecnico della Prev. Ambienti e Luoghi di Lavoro
- Tecnico di Neurofisiopatologia
- Tecnico Ortopedico
- Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva
- Terapista Occupazionale
- Tutte le professioni

Non aventi diritto ai crediti E.C.M.

- Architetto
- Analista
- Assistente Amministrativo
- Assistente Religioso
- Assistente Tecnico
- Ausiliario Specializzato
- Avvocato
- Coadiutore Amm.vo
- Collaboratore Amm.vo - Prof.le
- Collaboratore Prof.le - Assistente Sociale
- Collaboratore Tecnico - Professionale
- Collaboratore Professionale - Sanitario
- Personale della Riabilitazione
- Collaboratore Professionale - Sanitario
- Commesso
- Direttore Amministrativo
- Direttore dei Servizi Sociali
- Direttore Generale
- Dirigente Amministrativo
- Geologo
- Infermiere Generico
- Infermiere Psichiatrico
- Ingegnere
- Massofisioterapista
- Odontotecnico
- Operatore Socio-Sanitario
- Operatore Tecnico
- Operatore Tecnico Addetto Assistenza (OTA)
- Operatore Tecnico Specializzato
- Ottico
- Pers. della Riabil. Massag. Non Vedente
- Profilo Atipico Ruolo Amministrativo
- Profilo Atipico Ruolo Sanitario
- Profilo Atipico Ruolo Tecnico
- Programmatore
- Puericultrice
- Sociologo
- Statistico
- Tutte le professioni

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Medico Chirurgo:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergologia ed immunologia Clinica | <input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio | <input type="checkbox"/> Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi Chimico – Cliniche e Microbiologia) |
| <input type="checkbox"/> Anatomia Patologica | <input type="checkbox"/> Malattie Infettive | <input type="checkbox"/> Pediatria |
| <input checked="" type="checkbox"/> Anestesia e Rianimazione | <input type="checkbox"/> Medicina Aeronautica e Spaziale | <input type="checkbox"/> Pediatria (Pediatri di Libera Scelta) |
| <input type="checkbox"/> Angiologia | <input type="checkbox"/> Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro | <input type="checkbox"/> Psichiatria |
| <input type="checkbox"/> Audiologia e Foniatria | <input type="checkbox"/> Medicina dello Sport | <input type="checkbox"/> Psicoterapia |
| <input type="checkbox"/> Cardiocirurgia | <input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza | <input type="checkbox"/> Radiodiagnostica |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia | <input type="checkbox"/> Medicina Generale (medici di famiglia) | <input type="checkbox"/> Radioterapia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Generale | <input type="checkbox"/> Medicina Interna | <input type="checkbox"/> Reumatologia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Maxillo - Facciale | <input type="checkbox"/> Medicina Legale | <input type="checkbox"/> Scienza dell'Alimentazione e Dietetica |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Pediatrica | <input type="checkbox"/> Medicina Nucleare | <input type="checkbox"/> Urologia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica e Ricostruttiva | <input type="checkbox"/> Medicina Termale | <input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare | <input type="checkbox"/> Microbiologia e Virologia | <input type="checkbox"/> Malattie Metaboliche e Diabetologia |
| <input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale | <input type="checkbox"/> Nefrologia | <input type="checkbox"/> Biochimica Clinica |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia e Venereologia | <input type="checkbox"/> Neonatologia | <input type="checkbox"/> Chirurgia Toracica |
| <input type="checkbox"/> Ematologia pediatrico | <input type="checkbox"/> Neurochirurgia | <input type="checkbox"/> Endocrinologia |
| <input type="checkbox"/> Direzione Medica di Presidio Ospedaliero | <input type="checkbox"/> Neurofisiopatologia | <input type="checkbox"/> Medicina fisica e riabilitazione |
| <input type="checkbox"/> Farmacologia e Tossicologia Clinica | <input type="checkbox"/> Neurologia | <input type="checkbox"/> Medicina Trasfusionale |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologia | <input type="checkbox"/> Neuropsichiatria Infantile | <input type="checkbox"/> Tutte le discipline |
| <input type="checkbox"/> Genetica Medica | <input type="checkbox"/> Neuroradiologia | |
| <input type="checkbox"/> Geriatria | <input type="checkbox"/> Oftalmologia | |
| <input type="checkbox"/> Igiene degli Alimenti e della Nutrizione | <input type="checkbox"/> Oncologia | |
| <input type="checkbox"/> Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica | <input type="checkbox"/> Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base | |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio di Genetica Medica | <input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia | |
| | <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria | |

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Farmacista

- Farmacia Ospedaliera Farmacia Territoriale

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Veterinario

- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche
 Igiene prod., trasf., commercial., conserv. e tras. Alimenti di origine animale e derivati
 Sanità Animale

Specificare le discipline E.C.M. per la professione di Psicologo

- Psicologia Psicoterapia

Progetto Formativo

Area tematica

Area comunicazione e relazione

Obiettivo formativo

Aspetti relazionali (comunicazione interna, esterna, con paziente) e umanizzazione cure

Finalità *

A - Acquisizione competenze tecnico professionali:

acquisire tecniche e strumenti di comunicazione, promuovere la capacità di riconoscere, contestualizzare e gestire la propria comunicazione; utilizzare le abilità acquisite nelle relazioni interpersonali

B - Acquisizione competenze di processo:

promuovere un processo di auto/eterosservazione dei comportamenti comunicativi e potenziare la capacità di ascolto

C - Acquisizione competenze di sistema:

Favorire l'osservazione e l'individuazione delle dinamiche relazionali che intervengono all'interno della relazione medico-medico e medico-paziente

** i campi delle finalità devono obbligatoriamente essere compilati per la procedura di accreditamento*

Responsabile scientifico nel progetto

Il Responsabile scientifico garantisce la validazione scientifica dei contenuti e della metodologia didattica utilizzata.

Cognome Boscardini Nome Ivano

Codice Fiscale BSCVGV60B26F205F Luogo di nascita Milano Data di nascita 26/02/1960

Telefono 3474226029 Cellulare [Fare clic qui per immettere testo](#), Fax [Fare clic qui per immettere testo](#) e-mail ivanoboscardini@fiscali.it

Qualifica Formazione Competenze [Fare clic qui per immettere testo](#).

Referente della segreteria organizzativa

Cognome Abis Nome Patrizia

Codice Fiscale BSAPRZ63P51G207R Telefono 070 6095858 Cellulare 3397897709 Fax 070 6095954 e-mail patriziaabis@asl8cagliari.it

Programma del Progetto Formativo

N.B. Vanno indicati i tempi di ciascun intervento segnalato nel programma in allegato, non vanno conteggiati i momenti di registrazione partecipanti, eventuali saluti iniziali/finali e le pause pranzo o di metà mattina/metà pomeriggio.

Durata singola edizione Ore: 08 Minuti: 00

Metodologie didattiche

Metodologie	Sigla	Ore	Minuti
Lezioni Magistrali	LM	<u>4</u>	<u>00</u>
Serie di relazioni su tema preordinato	LRP	<u>00</u>	<u>00</u>
Tavole rotonde con dibattito tra esperti	TR	<u>00</u>	<u>00</u>
Confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde")	CD	<u>00</u>	<u>00</u>
Dimostrazioni tecniche senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti	DTSED	<u>00</u>	<u>00</u>
Presentazione di problemi o di casi clinici in seduta plenaria (non a piccoli gruppi)	PPCC	<u>1</u>	<u>00</u>
Lavoro a piccoli gruppi su problemi e casi clinici con produzione di rapporto finale da discutere con esperto	LPG	<u>2</u>	<u>00</u>
Esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche	ED	<u>00</u>	<u>00</u>
Role - Playing	RP	<u>1</u>	<u>00</u>

Valutazione

Per i progetti ECM è obbligatorio prevedere la verifica dell'apprendimento attraverso almeno uno dei seguenti strumenti (barrare le caselle di interesse):

- Questionario (allegare il modello) Prova orale (allegare le domande) Esame pratico (allegare la descrizione) Prova scritta (allegare la descrizione) Project work (allegare la descrizione) Autocertificazione dei partecipanti (allegare il modello)

Attrezzatura

(concordarne sempre la disponibilità col referente dedicato dell'Area Formazione)

- Videoproiettore Computer portatile Lavagna a fogli mobili Aula informatica
- Altro (specificare) Fare clic qui per immettere testo.

FORMATORE/TUTOR n. 1

Ruolo Docente Esterno
Cognome BOSCARDINI Nome IVANO
Codice Fiscale BSCVGV60B26F205F Luogo di nascita MILANO Data di nascita 26/02/1960
Telefono 3474226029 Cellulare 3474226029 Fax Paro clic qui per immettere testo e-mail ivano.boscardini@tiscali.it
Qualifica Consulente Formatore
Inquadramento CCNL Formatori interni DIRIGENZA
Fascia retributiva di competenza e relativo importo Docente Esterno Fascia A € 100,00
Ore di docenza/Co-Docenza-Tutor da retribuire 40 Totale compenso € 3.400
Spese pasti docente esterno o interno fuori dall'orario di servizio Massimo € 27,79 a pasto, se la docenza ha una durata di almeno 8 ore (D.P.R. 395/88)
Numero Pasti 000 Totale spesa rimborso pasti € 220,00
Pernottamento Max €110,00 a notte/ Notti da rimborsare 5 Totale spesa pernottamento € 350,00
Eventuali spese di mobilita come da disposizioni aziendali €160,00
È stata verificata l'insussistenza di conflitto d'interesse come da dichiarazione allegata

n

d

Fonti di finanziamento

Indicare le diverse tipologie di finanziamento:

- Formazione strategica e Formazione di sistema Formazione specifica
- Finanziamenti Regionali (indicare atto amministrativo di riferimento): Fare clic qui per inviarci la lista
- Sponsor Commerciali Quote d'iscrizione (qualora fossero previsti partecipanti esterni):

Le fonti di finanziamento tramite sponsor possono portare conflitto d'interessi? Si No

Riepilogo voci di spesa del corso


A	Spese docenza complessive (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 3400,00
B	Spese pernottamento/i (di tutte le edizioni e di tutti i docenti)	€ 350,00
C	Spese pasti (relativi a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 220,00
D	Spese mobilità (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 160,00
E	Spese Materiali didattici (relative a tutte le edizioni e a tutti i docenti)	€ 0,00
F	Stima costi accreditamento ECM (a cura dell'Area Formazione)	€ 180,00
Totale spesa Progetto Formativo (A + B + C + D + E + F) A cura dell'Area Formazione		€ 4310

Macrostruttura di appartenenza

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Coordinamento distretti | <input type="checkbox"/> Dipartimento Farmaco |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi amministrativi | <input type="checkbox"/> Dipartimento Prevenzione |
| <input type="checkbox"/> D.A. Servizi tecnico logistici | <input type="checkbox"/> Dipartimento Salute Mentale |
| <input type="checkbox"/> Centrale Operativa 118 | <input type="checkbox"/> P.O. Marino |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Emergenza Urgenza | <input type="checkbox"/> P.O. Microcitemico |
| <input type="checkbox"/> Servizio Prevenzione e Protezione ASL Cagliari | <input type="checkbox"/> P.O. San Giuseppe |
| <input type="checkbox"/> D.G. Staff | <input type="checkbox"/> P.O. San Marcellino |
| <input type="checkbox"/> DASS Accredитamento Strutture Sanitarie | <input checked="" type="checkbox"/> P.O. Santissima Trinità |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari | <input type="checkbox"/> P.O. Binaghi |
| <input type="checkbox"/> Dipartimento Dipendenze | <input type="checkbox"/> P.O. Businco |

Dichiarazione ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003

Si dichiara ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n.196/2003 di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'applicazione ECM

<p>Nome e cognome (in stampatello) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>GAVINO ANTONIO SCARPA</p>
<p>Timbro e Firma (leggibile) Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)</p>	<p>  </p>